

ISTITUTI RIUNITI DI BENEFICENZA
Viale degli Eroi,17
60013 CORINALDO

RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI

CARTA DEI SERVIZI

(Approvata dal Consiglio di Amministrazione con delibera n° 37 del 06.07.2004 modificata ed integrata con Atto n° 40 del 28.07.2004 , n° 43 del 31.08.2006 , n° 02 del 24.01.2007 ,n° 2 del 20.02.2008 , n° 04 del 26.02.2009 , n° 15 del 28.05.2009 e n° 02 del 27.01.2011).

Finalità e caratteristiche della struttura

La Casa Protetta amministrata dagli I.R.R.B. di Corinaldo è una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria , **con capacità ricettiva di 40 posti** di cui n° 28 convenzionati con l' A.S.U.R. Marche Zona Territoriale n° 4, finalizzata ad accogliere temporaneamente o permanentemente anziani non autosufficienti , con esiti di patologie fisiche ,psichiche , sensoriali o miste stabilizzate , non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

La stessa fornisce ospitalità ed assistenza assicurando un livello medio di assistenza medica , infermieristica e riabilitativa accompagnato da un livello elevato di assistenza tutelare ed alberghiera.

In particolare , per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute ed il benessere dell'anziano offre:

- a) occasioni di vita comunitaria , attività ricreative e servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane;
- b) attività finalizzate al mantenimento e all'attivazione delle capacità residue;
- c) assistenza medica , infermieristica e riabilitativa

Ammissione

La domanda di ammissione dovrà essere presentata all'Amministrazione dell'Ente , esclusivamente da parte del familiare dell'ospite od altra persona garante , allegando i seguenti documenti , tutti in carta libera , riferiti all'ospite:

- 1) Dichiarazione cumulativa sostitutiva dei seguenti certificati:
 - nascita;
 - residenza;
 - stato di famiglia.
- 2) Codice Fiscale;
- 3) Eventuale verbale di visita collegiale concernente il riconoscimento di invalidità civile;
- 4) Tessera sanitaria;
- 5) Cartelle cliniche.

L'ammissione alla Casa Protetta viene disposta ad insindacabile giudizio dall'Amministrazione ed è subordinata:

- a) al compimento del 60° anno di età;
- b) all'avvenuta valutazione delle condizioni e del livello di non autosufficienza effettuata dall'Unità Valutativa Distrettuale (UVD) attraverso le scale di valutazione multidimensionali individuate dalla Regione Marche;
- c) all'impegno di terzi (familiari , Amm.ni Comunali , Enti vari , parenti , ecc.) al pagamento della retta di soggiorno;
- d) alla stipula da parte del garante di opportuna convenzione di cui agli allegati A) e B);
- e) al versamento , a titolo di acconto , di una somma pari all'importo di una mensilità della retta di soggiorno a carico dell'ospite .

Non sono ammesse persone affette da malattie infettive , che non siano idonee alla vita di comunità o che comunque arrechino pregiudizio all'Ente anche per fattori psichici.

Gli ospiti indigenti che richiedono l'integrazione totale tra la retta di soggiorno e la pensione goduta al Comune di appartenenza e/o altro Ente all'uopo preposto, sono esonerati dalla presentazione della domanda di ammissione.

Quest'ultima dovrà essere presentata dall'Amministrazione interessata mediante adozione di opportuno atto deliberativo ed in questo caso non si procederà alla stipula della convenzione.

Il garante dell'ospite destinatario di un'integrazione parziale dovrà stipulare la convenzione di cui all'allegato sub B). La stessa dovrà essere corredata della relativa delibera di impegno summenzionata.

Accettazione ospiti

Gli ospiti ammessi dovranno entrare o , quanto meno , far decorrere il pagamento della retta di soggiorno dal quinto giorno successivo alla comunicazione dell'Amministrazione da effettuarsi in una delle seguenti forme:

- a) contestualmente alla stipula della convenzione;
- b) tramite comunicazione scritta consegnata direttamente al garante;
- c) tramite telegramma presso il domicilio eletto dal garante. A tal uopo farà fede la data di invio del telegramma.

Liste di attesa

Qualora nella struttura non vi siano momentaneamente posti disponibili sarà gestita una lista di attesa che verrà evasa per ordine cronologico in base alla data ed ora di stipula della relativa convenzione.

La residenza a Corinaldo costituisce , a parità di condizioni , titolo di precedenza assoluta per l'ammissione.

Fruizione del servizio

I servizi offerti dall'Ente saranno fruibili esclusivamente presso la struttura della Residenza Protetta. L'Ente non effettuerà, quindi, alcuna prestazione al di fuori della propria sede (ricoveri ospedalieri, ecc.).

Non è ammessa la fruizione parziale dei servizi offerti dall'Istituto.

Dimissione Ospiti

A criterio insindacabile dell'Amministrazione l'ospite che si renda incompatibile con la vita di comunità o che comunque rechi un qualsiasi pregiudizio all'Ente può essere dimesso (riaffidandolo al di lui garante) in qualsiasi momento dalla Residenza, con il solo preavviso di dieci giorni.

In casi di particolare gravità, ad insindacabile giudizio dell'Amministrazione, il preavviso di cui sopra viene determinato in 24 ore.

L'ospite verrà dimesso d'ufficio per rinuncia del garante salvo che un altro soggetto (Ente pubblico o privato) non subentri con l'assunzione dell'impegno.

Qualora all'atto della rinuncia di cui sopra non sia pervenuto un impegno da parte di altro soggetto (pubblico e/o privato) il garante stesso dovrà provvedere direttamente al ritiro dell'ospite.

Alla dimissione dell'ospite il garante dovrà provvedere al saldo di tutto quanto eventualmente dovuto all'Ente. In caso negativo quest'ultimo si riserva ogni azione, anche legale.

L'ospite potrà essere dimesso, ad insindacabile giudizio dell'Amministrazione e dietro specifico esame di ogni singolo caso, per morosità riaffidandolo al di lui garante.

La disdetta volontaria del posto da parte dell'ospite o del garante dovrà essere data da quest'ultimo con almeno trenta giorni di anticipo tramite preavviso scritto.

Il mancato preavviso dà diritto all'Amministrazione di addebitare l'importo di una mensilità o quota di essa quantificata proporzionalmente al minore preavviso.

Fermo restando l'obbligo della disdetta scritta, il periodo di preavviso di cui sopra non verrà applicato nel caso in cui l'ospite, per motivi fisici e/o psichici, non potesse più essere ricoverato presso la Residenza Protetta. In questo caso dovrà essere presentato opportuno e motivato certificato medico.

Ammontare e modalità di corresponsione della retta

La retta di soggiorno è fissata , ad insindacabile giudizio , dal Consiglio di Amministrazione in base alle necessità di bilancio.

Attualmente viene determinata come segue:

- a) Ospiti semi autosufficienti: **€. 41,84 giornaliera**. La quota concernente l'assistenza , anche paramedica resa da personale specializzato , è pari al 60% della retta totale. Il rimanente 40% deve considerarsi a copertura del vitto , dell'alloggio e di tutti gli altri servizi resi all'ospite.
- b) Ospiti non autosufficienti: **€. 48,12 giornaliera** La quota concernente l'assistenza , anche paramedica resa da personale specializzato , è pari al 70% della retta totale. Il rimanente 30% deve considerarsi a copertura del vitto , dell'alloggio e di tutti gli altri servizi resi all'ospite.
- c) Ospiti con forme di demenza: **€. 48,12 giornaliera** . La quota concernente l'assistenza , anche paramedica resa da personale specializzato , è pari al 80% della retta totale. Il rimanente 20% deve considerarsi a copertura del vitto , dell'alloggio e di tutti gli altri servizi resi all'ospite.
- d) Ospiticonvenzionati ASUR :**€. 33,94 giornaliera** **Extra:** Lavanderia, e stireria interna abiti personali ospiti ,guardaroba ,serv. Inferm. Integrativo,serv. Assistenziale integrativo,serv.approv. medicinali,serv. Gestione beni personali ospiti, serv. animazione.

Qualora presso le strutture amministrate da questi Istituti (Casa di Riposo per anziani - Residenza Protetta per anziani) siano presenti più persone parenti entro il 2° grado (in linea retta e/o collaterale) o comunque appartenenti allo stesso nucleo familiare da almeno 5 anni (con esclusione del nucleo familiare relativo agli Enti amministrati dagli II.RR.B. di Corinaldo) verrà effettuato uno sconto , all'ospite con retta di importo inferiore , del 10% .

Le rette di soggiorno di cui sopra sono soggette a revisione annuale in base all'indice ISTAT.

La retta di soggiorno dovrà essere pagata mensilmente (moltiplicando la retta giornaliera per i giorni effettivi del mese) ed anticipatamente entro il 5° giorno del mese di riferimento.

Il ritardo darà diritto all'Amministrazione di addebitare gli interessi nella misura del Tasso Ufficiale di Sconto (T.U.S.).

Nel caso in cui alla data fissata dall'Amministrazione per l'ingresso dell'ospite quest'ultimo fosse ricoverato in ospedale si provvederà ad applicare , nel periodo intercorrente tra la data fissata per l'ingresso e la dimissione dall'ospedale , una retta ridotta come segue:

- a) 22% in meno in caso di ospite semi autosufficiente;
- istituti riuniti di beneficenza

- b) 25% in meno in caso di ospite non autosufficiente;
- c) 25% in meno in caso di ospite con forma di demenza
- d) 50% in meno in caso di ospite convenzionato con l'A.S.U.R. Marche - Zona Territoriale n° 4

Il pagamento a titolo di acconto versato in sede di stipula della convenzione verrà imputato al primo mese di degenza e con decorrenza dal giorno che verrà fissato dall'Amministrazione in considerazione della disponibilità dei posti letto.

Lo stesso non verrà restituito qualora l'ospite e/o il proprio garante decidesse di non procedere più al ricovero sebbene sia già stata stipulata la relativa convenzione.

Alla disposizione di cui sopra verrà derogato esclusivamente nei seguenti casi:

- a) Nel periodo intercorrente tra l'accettazione della domanda e l'ingresso è sopraggiunta la morte dell'ospite;
- b) Nel periodo di cui alla precedente lettera a) l'ospite, per motivi psico-fisici, non può più essere ricoverato nella struttura (In questo caso dovrà essere presentato opportuno certificato medico).

Nel caso in cui la retta di soggiorno fosse integrata da un'Amministrazione Comunale e/o altro Ente all'uopo preposto, l'Ente pretenderà dall'ospite esclusivamente la differenza tra l'importo totale della retta di soggiorno e la relativa integrazione.

Qualora nel corso del periodo di degenza l'impegno parziale del Comune e/o altro Ente all'uopo preposto dovesse cessare, lo stesso verrà interamente attribuito all'ospite e/o il di lui garante privato.

Prestazioni e servizi forniti agli ospiti

Agli ospiti della Residenza Protetta vengono forniti ospitalità ed assistenza assicurando un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnato da un livello elevato di assistenza tutelare ed alberghiera.

In particolare, per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute ed il benessere dell'anziano offre:

- a) occasioni di vita comunitaria, attività ricreative e servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane;
- b) attività finalizzate al mantenimento e all'attivazione delle capacità residue;
- c) assistenza medica, infermieristica e riabilitativa

I servizi che vengono offerti agli ospiti sono i seguenti:

1) Servizi compresi nella retta di soggiorno

a) Servizio infermieristico professionale diurno per la parte non riconosciuta dal SSN o Regionale (solo per ospiti non convenzionati ASUR);

Servizio proprio degli infermieri professionali in base alle esigenze sanitarie dell'ospite

b) Servizio assistenziale all'ospite sia diurno che notturno;

Servizio proprio degli operatori in base ai parametri stabiliti dalla Regione Marche

c) Servizio assistenziale integrativo sia diurno che notturno (solo per ospiti non convenzionati ASUR)

Servizio proprio degli operatori in base alle esigenze assistenziali dell'ospite

d) Servizio di Fisioterapia integrativo a quello riconosciuto dal SSN o Regionale;

Tale servizio è reso ad integrazione del servizio a carico del S.S.N. o Regionale.

Esso è effettuato da una terapeuta della riabilitazione la quale:

-pratica attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie utilizzando terapie fisiche, manuali e massoterapiche;

-propone l'adozione di protesi ed ausili , ne addestra l'uso e ne verifica l'efficacia;

-elabora programmi e schemi di riabilitazione

e) Servizio di Psicologia-Animazione (solo per ospiti non convenzionati ASUR);

- Colloqui con gli ospiti con richiesta dei momentanei bisogni;

- Colloqui con gli ospiti ammalati ;

- Interventi atti a favorire l'interazione socio-affettiva degli ospiti ;

f) Servizio religioso;

E' presente , giornalmente , un sacerdote per soddisfare le esigenze spirituali degli ospiti.

Ogni sabato pomeriggio , presso la Cappella , viene celebrata la Santa Messa aperta , oltre agli ospiti stessi , a chiunque altro volesse partecipare.

g) Servizio di cucina e refezione interno

Per gli ospiti che non dovranno seguire apposita dieta stabilita dal medico curante , i pasti giornalieri sono fissati nel menu tipo allegato sub C). Resta inteso che detto menu deve intendersi redatto a titolo meramente orientativo e lo stesso potrà subire delle variazioni in ordine alle esigenze degli ospiti e comunque ad insindacabile giudizio dell'Amministrazione;

h) Biancheria (ad esclusione degli indumenti personali dell'ospite).

i) lavanderia e stireria interna più guardaroba (Solo per ospiti non convenzionati ASUR);

j) Servizio approvvigionamento medicinali non mutuabili presso le varie farmacie (solo per ospiti non convenzionati ASUR)

k) Servizio amministrativo gestione beni personali ospiti (solo per ospiti non convenzionati ASUR)

l) Servizio di Pulizia locali .

2) Servizi garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

a) Assistenza medica

L'assistenza medica viene garantita dal S.S.N. tramite i medici di base (presenti nel Comune di Corinaldo) scelti personalmente da ogni singolo ospite. Gli stessi sono presenti una volta per settimana in giorni prestabiliti e comunque per ogni necessità dell'ospite .

Per quanto riguarda l'assistenza medica notturna e festiva ci si avvale della Guardia medica.

L'ospite è tenuto a trasferire la domiciliazione sanitaria presso la Casa di Riposo e quindi dovrà autorizzare l'Ente ad effettuare tutto quanto necessario compresa la variazione della tessera sanitaria con conseguente variazione del medico di base (o medico di famiglia) che dovrà essere scelto tra i medici di base operanti nel Comune di Corinaldo.

b) Assistenza specialistica ed ospedaliera;

c) Servizio infermieristico professionale diurno (per la parte a carico del S.S.N e/o Regionale);

d) Servizio di Fisioterapia (per la parte a carico del S.S.N. e/o Regionale);

e) Eventuale alimentazione per via enterale o parenterale (per gli ospiti temporaneamente non autosufficienti)

f) Medicinali mutuabili

3) Extra

-Lavanderia, stireria e guardaroba (solo per ospiti convenzionati ASUR)

-Manutenzione abiti , biancheria personale e calzature

-Medicinali non mutuabili;

-eventuale alimentazione per via enterale o parenterale (per gli ospiti temporaneamente non autosufficienti) che non sia riconosciuta dal SSN o Regionale.

- Servizio infermieristico professionale diurno per la parte non riconosciuta dal SSN o Regionale (solo per ospiti convenzionati ASUR);

-Servizio assistenziale integrativo sia diurno che notturno (solo per ospiti convenzionati ASUR)

-Servizio di Psicologia-Animazione (solo per ospiti convenzionati ASUR);

-Servizio approvvigionamento medicinali non mutuabili presso le varie farmacie (solo per ospiti convenzionati ASUR)

-Servizio amministrativo gestione beni personali ospiti (solo per ospiti convenzionati ASUR)

4) Servizi non offerti

-Assistenza giornaliera e/o notturna presso gli ospedali e/o qualsiasi altra struttura esterna.

-Fornitura abiti , biancheria personale e calzature.

-Trasporto salme presso la Camera mortuaria di proprietà dell'A.S.U.R.

Periodo di conservazione del posto

Non viene stabilito un limite di assenza per la conservazione del posto. In caso di assenza prolungata e per qualsiasi altra assenza , per la conservazione del posto resta a carico dell'ospite che si è assentato (esclusivamente per ricoveri ospedalieri e relativamente ai giorni effettivi di assenza) una retta di soggiorno decurtata come segue:

- a) del 22 % in caso di ospite semi autosufficiente;
- b) del 25% in caso di ospite non autosufficiente;
- c) del 25% in caso di ospite con forma di demenza.
- d) del 50% in caso di ospite convenzionato con l'A.S.U.R. Marche – Zona Territoriale n° 4 (per gli ospiti ricoverati in RSA il posto sarà conservato esclusivamente per 60 giorni .Decorso tale periodo l'ospite potrà mantenere il posto pagando una retta decurtata del 25%)

Per tutte le altre assenze verrà applicata la retta intera.

Regole della vita comunitaria

Il familiare e/o chiunque altro impegnato al pagamento della retta di soggiorno è “garante morale” dell'ospite. Nel caso in cui quest'ultimo rechi pregiudizio all'Ente , dietro segnalazione di questa Amministrazione , il garante di cui sopra dovrà provvedere al ritiro dell'ospite stesso entro 10 giorni dal ricevimento del relativo avviso. In caso di impegno congiunto tra un Ente ed un privato , l'obbligo morale summenzionato graverà su quest'ultimo.

Al momento dell'ingresso l'ospite , o il relativo garante , potrà consegnare alla Direzione eventuale danaro e/o oggetti di valore. L'Ente non risponde per eventuali smarrimenti dei suddetti valori qualora non siano stati consegnati in deposito al momento del ricovero.

La restituzione degli stessi verrà fatta dietro specifica richiesta scritta dei depositanti. Se a carico del dimissionario o dell'estinto gravassero degli addebiti , l'Ente potrà rivalersi , nei limiti del proprio credito , sui suddetti beni.

Nel caso di ospiti deceduti la restituzione verrà effettuata agli aventi diritto con le formalità di legge.

L'Ospite:

- a) dovrà consentire l'ingresso , nelle ore stabilite , al personale addetto alle pulizie generali;
- b) non potrà assolutamente tenere animali;
- c) potrà essere trasferito , a discrezione dell'Amministrazione , in altre camere da quelle inizialmente occupate;
- d) non solleverà eccezioni sui compagni di camera che gli verranno assegnati in qualunque momento a discrezione dell'Amministrazione;

Nell'ipotesi di variazione di residenza il garante dell'ospite dovrà tempestivamente provvedere ad avvertire l'Amministrazione tramite comunicazione scritta.

Criteri di organizzazione delle attività ricreative

- Attività motorie con l'ausilio della terapeuta della riabilitazione;
- Organizzazione di visite agli ospiti da parte di realtà esterne.
- Organizzazione di feste ,predisposizione di addobbi natalizi e carnevaleschi , ecc..
- Preghiere , visione videocassette ,ecc
- Attività ricreative organizzate tramite l'impiego di personale volontario (Impiego degli Obiettori di Coscienza , dei volontari AVULSS e Dame di San Vincenzo de' Paoli per attività varie ricreative a favore dell'ospite)

Rapporti con la comunità locale ed i servizi territoriali

Sono istituiti e mantenuti rapporti di fattiva collaborazione con:

- a)Comune di Corinaldo;
- b)Parrocchia di San Pietro Apostolo;
- c)Pro Loco di Corinaldo;
- d)ACLI;
- e)Associazione Pozzo della Polenta;
- f)Istituti di Credito locali;
- g) San Vincenzo de' Paoli;
- h)AVULSS;
- i)UNITALSI;
- l)Pubblica Assistenza AVIS.

Modalità di accesso dei familiari,dei volontari , delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni di tutela degli utenti

Le visite agli ospiti da parte dei familiari , parenti e/o amici , salvo casi di particolare gravità di volta in volta analizzati dall'Amministrazione , è inibita esclusivamente durante l'ora di distribuzione dei pasti e durante i seguenti periodi:

- a) dalle 13,00 alle 15,00;
- b) dalle 21,00 alle 07,00.

I volontari , le associazioni di volontariato e le organizzazioni di tutela degli utenti dovranno stipulare opportuni accordi con l'Amministrazione dell'Ente.

Funzionamento dell'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari

E' istituito l'Organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari.

Lo stesso è regolamentato dalle norme di cui all'allegato sub D) della presente Carta dei Servizi.

Piano di aggiornamento e formazione del personale

Il piano di aggiornamento del personale verrà effettuato dietro precise indicazioni da parte degli Organi Socio-Sanitari ed Amministrativi preposti. E' in ogni caso garantita la formazione ed aggiornamento sulla base delle normative vigenti.

Osservanza delle regole previste nella Carta dei Servizi

La presente Carta dei Servizi deve intendersi quale regolamento interno dell'Ente .

La mancata osservanza delle norme in essa fissate da diritto all'Amministrazione di Pensionato di dimettere l'ospite , riaffidandolo al relativo garante , entro e non oltre 10 giorni dall'avviso notificato a quest'ultimo mediante raccomandata a. r. con conseguente richiesta di eventuali danni arrecati all'Ente.

Rappresentanza dell'Ente

La rappresentanza dell'Ente è prerogativa del Presidente pro - tempore degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo.

Esclusivamente per la firma delle convenzioni allegate alla presente Carta dei Servizi la stessa viene riconosciuta al Segretario pro - tempore degli II.RR.B. di Corinaldo.

Foro competente

Per qualsiasi controversia sarà competente il Tribunale di Ancona - Sezione distaccata di Senigallia.

**ISTITUTI RIUNITI DI BENEFICENZA
PENSIONATO PER ANZIANI
60013 CORINALDO (AN)**

CONVENZIONE PER ASSISTENZA OSPITI

Il giorno _____ alle ore _____ presso la sede degli Istituti Riuniti di Beneficenza in Viale degli Eroi n° 17,

FRA

Il Segretario pro tempore Rag. Massimo Battistini , nato a Corinaldo il 16.03.1958 e domiciliato ai fini della presente convenzione presso la sede dell'Ente , opportunamente autorizzato dal Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza con Atto n° _____ del _____ , il quale agisce in nome e per conto degli II.RR.B. stessi;

E

Il Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ C.F.: identificato tramite _____ di seguito denominato "Garante";

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art .01

Gli Istituti Riuniti di Beneficenza provvederanno ad assistere , alle condizioni di cui al proprio regolamento attualmente in vigore , il Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ C.F.: _____ di seguito denominato "Ospite".

Art. 02

Il Garante conferma di aver preso visione del Regolamento vigente presso l'Ente e pertanto dichiara di accettare tutto quanto in esso stabilito.

Dichiara , inoltre , di accettare le future modifiche dello stesso le quali le verranno opportunamente notificate dall'Ente presso il proprio domicilio di cui al successivo Art. 03).

Art. 03

Per qualsiasi comunicazione il garante elegge il seguente domicilio:

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____ Tel. _____

Art. 03 bis

Il delegato del sottoscritto e dell'ospite Sig./Sig.ra _____ in seno al relativo organismo di rappresentanza sarà il Sig./Sig.ra _____ domiciliato/a in _____ -Via _____ n° _____ CAP _____ Tel. _____.

Art. 04

Il garante prende atto che , considerate le attuali condizioni fisiche e/o psichiche dell'ospite , di cui al relativo certificato medico , quest'ultimo può essere classificato come _____ e pertanto si impegna personalmente al pagamento della relativa retta di soggiorno ammontante ad €. _____

Le condizioni di autosufficienza vengono rivalutate trimetsralmente come da scheda di valutazione allegata.

Art. 05

Il garante è consapevole che , a termini dell'art. 26 del regolamento , per le dimissioni volontarie dell'ospite occorre un preavviso scritto di almeno 30 (trenta) giorni pena l'addebito di una mensilità o quota proporzionale di essa nel caso di minor preavviso.

Art. 06

Il Garante accetta sin da ora le eventuali variazioni (anche per quelle dovute al modificato grado di autosufficienza fisica e/o psichica **come da scheda di rivalutazione trimestrale allegata**) nel tempo della retta stessa

Art. 07

Si da atto che l'ospite entrerà il giorno _____ e pertanto da tale data decorreranno sia i pagamenti che l'obbligo del preavviso.

Art. 08

Per quanto non previsto dalla presente convenzione si fa specifico riferimento alle leggi e normative in vigore.

Art. 09

Per qualsiasi controversia sarà competente il foro di Ancona-Sezione Distaccata di Senigallia.

Fatto , letto ed approvato , le parti si controfirmano.

Il.RR.B.- Corinaldo

Il Garante

Il Segretario

Agli effetti dell'art. 1341 C.C. Il sottoscritto Garante dichiara di approvare espressamente le disposizioni di cui ai seguenti Articoli:

Art. 02 - Regolamento interno dell'Ente

Art. 04 - Grado di autosufficienza dell'ospite e relativa retta

Art. 05 - Preavviso

Art. 06 - Accettazione future variazioni retta

Art. 07 - Decorrenza pagamenti e preavviso

Corinaldo, _____

Il Garante

**ISTITUTI RIUNITI DI BENEFICENZA
PENSIONATO PER ANZIANI
60013 CORINALDO (AN)**

CONVENZIONE PER ASSISTENZA OSPITI

Il giorno _____ alle ore _____ presso la sede degli Istituti Riuniti di Beneficenza in Viale degli Eroi n° 17,

FRA

Il Segretario pro tempore Rag. Massimo Battistini , nato a Corinaldo il 16.03.1958 e domiciliato ai fini della presente convenzione presso la sede dell'Ente , opportunamente autorizzato dal Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza con Atto n° _____ del _____ , il quale agisce in nome e per conto degli II.RR.B. stessi;

E

Il Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ C.F.: identificato tramite _____ di seguito denominato "Garante";

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 01

Gli Istituti Riuniti di Beneficenza provvederanno ad assistere , alle condizioni di cui al proprio regolamento attualmente in vigore , il Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ C.F.: _____ di seguito denominato "Ospite".

Art. 02

Il Garante conferma di aver preso visione del Regolamento vigente presso l'Ente e pertanto dichiara di accettare tutto quanto in esso stabilito.

Dichiara , inoltre , di accettare le future modifiche dello stesso le quali le verranno opportunamente notificate dall'Ente presso il proprio domicilio di cui al successivo Art. 03).

Art. 03

Per qualsiasi comunicazione il garante elegge il seguente domicilio:

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____ Tel. _____

Art. 03 bis

Il delegato del sottoscritto e dell'ospite Sig./Sig.ra _____ in seno al relativo organismo di rappresentanza sarà il Sig./ Sig.ra _____ domiciliato/a in _____ -Via _____ n° _____ CAP _____ Tel. _____.

Art.04

Il garante prende atto che , considerate le attuali condizioni fisiche e/o psichiche dell'ospite , di cui al relativo certificato medico , quest'ultimo può essere classificato come _____ e pertanto si impegna personalmente al pagamento della relativa retta di soggiorno ammontante a €. _____ mentre €. _____ verranno corrisposte da _____ come da delibera n° _____ del _____.

Qualora nel corso del periodo di degenza l'impegno parziale dell'Ente pubblico dovesse cessare , lo stesso verrà interamente attribuito al garante.

Art. 05

Il garante è consapevole che , a termini dell'art. 26 del regolamento , per le dimissioni volontarie dell'ospite occorre un preavviso scritto di almeno 30 (trenta) giorni pena l'addebito di una mensilità o quota proporzionale di essa nel caso di minor preavviso.

Art. 06

Il Garante accetta sin da ora le eventuali variazioni (anche per quelle dovute al modificato grado di autosufficienza fisica e/o psichica) nel tempo della retta stessa

Art. 07

Si da atto che l'ospite entrerà il giorno_____ e pertanto da tale data decorreranno sia i pagamenti che l'obbligo del preavviso.

Art. 08

Per quanto non previsto dalla presente convenzione si fa specifico riferimento alle leggi e normative in vigore.

Art .09

Per qualsiasi controversia sarà competente il Foro di Ancona-Sezione Distaccata di Senigallia.

Fatto , letto ed approvato , le parti si controfirmano.

II.RR.B.- Corinaldo

Il Garante

Il Segretario

Agli effetti dell'art. 1341 C.C. Il sottoscritto Garante dichiara di approvare espressamente le disposizioni di cui ai seguenti Articoli:

Art. 02 - Regolamento interno dell'Ente

Art. 04 - Grado di autosufficienza dell'ospite e relativa retta

Art. 05 - Preavviso

Art. 06 - Accettazione future variazioni retta

Art .07 - Decorrenza pagamenti e preavviso

Corinaldo,_____

Il Garante

**ISTITUTI RIUNITI DI BENEFICENZA
PENSIONATO PER ANZIANI
60013 CORINALDO (AN)
M E N U '**

GIORNO	COLAZIONE	PRANZO	CENA
Lunedì	Caffè ,latte , Tè, pane a volontà , biscotti integrali e fette biscottate	Minestra Pasta al Fumé Brasato con piselli	Minestra Tonno e formaggi Pomodori arrosto
Martedì	Caffè ,latte , Tè , pane a volontà , biscotti integrali e fette biscottate	Pasta al pomodoro Minestra Spezzatino Patate in umido	Pastina in brodo Bastoncini di pesce Insalata-Carote Purè
Mercoledì	Caffè ,latte , Tè, pane a volontà , biscotti integrali e fette biscottate	Pasta al burro Bollito Bietole	Minestra Fricò Formaggi
Giovedì	Caffè ,latte ,Tè, pane a volontà , biscotti integrali e fette biscottate	Pasta al ragù Minestra Petto di tacchino Spinaci	Brodo vegetale Mozzarella alla Caprese Affettato misto
Venerdì	Caffè ,latte ,Tè, pane a volontà , biscotti integrali e fette biscottate	Spaghetti al tonno Minestra Pesce arrosto Pomodori arrosto	Minestrone Fricò e Uova sode Insalata
Sabato	Caffè ,latte ,Tè, pane a volontà , biscotti integrali e fette biscottate	Penne all'arrabbiata Minestra Arista di maiale Patate al forno	Zuppa di verdure Prosciutto Stracchino e formaggi var Bietole
Domenica	Caffè ,latte ,Tè, pane a volontà , biscotti integrali e fette biscottate	Tagliatelle o Lasagne Minestra Pollo arrosto o coniglio Carciofi alla Giudea	Minestra di legumi Polpettone Mortadella Pomodori conditi-Insalata

N.B. Tutti i giorni : Frutta , Vino , Pane , Acqua Minerale

Alle Feste: Dolce

Tutti i giorni: Té e biscotti per merenda e Caffè d'orzo/camomilla dopo cena.

**RESIDENZA "SANTA MARIA GORETTI"
CASA DI RIPOSO E RESIDENZA PROTETTA
CERTIFICATO MEDICO PER L'AMMISSIONE**

Esito della visita medica praticata al... Sig.....

nat.... a.....il..... e residen-

te a.....(.....) Via.....n°.....

ANAMNESI

Patologia remota

.....
.....
.....

Patologia recente

.....
.....
.....

MALATTIE INFETTIVE

Attuali

.....
.....
.....

Pregresse

.....
.....
.....

TERAPIA IN CORSO

.....
.....
.....
.....
.....

NOTE DEL MEDICO

.....
.....
.....
.....

A) CONDIZIONI GENERALI ATTUALI.

E' in grado di collaborare SI NO

B) MOBILITA'

Può camminare da solo SI NO
 Può camminare con aiuto SI NO
 Può camminare con protesi SI NO
 Allettato SI NO

Se allettato, da quando: mese..... anno.....

Si veste da solo SI NO SI con aiuto
 Si lava SI NO SI con aiuto
 Mangia da solo SI NO SI con aiuto
 Scrive SI NO
 Utilizza da solo i servizi igienici SI NO SI con aiuto
 Legge SI NO

C) SENSORIO

Cecità SI NO
 Sordità SI NO
 Mutismo SI NO
 Disfasia SI NO
 Ipoacusia SI NO
 Ipoacusia SI NO
 Disartria SI NO
 Afasia SI NO

D) CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale SI NO
 Incontinenza anale SI NO
 Porta catetere SI NO

E) STATO PSICO-MENTALE

E' agitato	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' vigile	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ha capacità critica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Possiede memoria recente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Possiede memoria remota	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ha l'orientamento temporo-spaziale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' soggetto a forti crisi depressive	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' stato ricoverato in case di cura per malattie mentali gravi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' stato o è seguito da centri di igiene mentale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

F) EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

.....
.....
.....
.....
.....

G) CONCLUSIONI AI FINI DELL' AMMISSIONE

In dipendenza delle condizioni psico-fisiche generali il soggetto è da considerarsi:

AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>
SEMI AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>
NON AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>
SOGGETTO CON PROBLEMI PSICHIATRICI	<input type="checkbox"/>

Data.....

IL MEDICO DI BASE

.....
(timbro e firma)

Indirizzo.....
.....
.....

N° Telef.....

J) CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Incontinenza anale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Porta catetere	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

K) STATO PSICO-MENTALE

E' agitato	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' vigile	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ha capacità critica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Possiede memoria recente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Possiede memoria remota	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ha l'orientamento temporo-spaziale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' soggetto a forti crisi depressive	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' stato ricoverato in case di cura per malattie mentali gravi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' stato o è seguito da centri di igiene mentale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

L) EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

.....
.....
.....
.....
.....

F) NOTE DEL MEDICO

.....
.....
.....
.....

G) CONCLUSIONI AI FINI DELLA VALUTAZIONE

In dipendenza delle condizioni psico-fisiche generali il soggetto è da considerarsi:

AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>
SEMI AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>
NON AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>
SOGGETTO CON PROBLEMI PSICHIATRICI	<input type="checkbox"/>

Data.....

IL MEDICO

.....
(timbro e firma)

Allegato sub D) Carta Servizi

REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELL'ORGANISMO DI RAPPRESENTANZA DEGLI OSPITI E DEI FAMILIARI RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI

art. 1 – Presso le strutture residenziali gestite dagli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo (Casa di Riposo e Residenza protetta per anziani) è istituito un organismo di rappresentanza degli ospiti e dei loro familiari la cui composizione ed il cui funzionamento sono regolati dalle disposizioni che seguono.

art. 2 – L'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari è un organo a struttura assembleare, costituito dai soggetti delegati dagli ospiti o dai loro familiari al momento della stipula del contratto di ricovero ed assistenza con gli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo.

art. 3 - L'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari ha funzioni propositive e di consulenza del Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo sulle materie inerenti la gestione della Casa di Riposo e della Residenza protetta per anziani nonché sulle altre materie per le quali il Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo ritenga opportuno il confronto.

art. 4 - L'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari è convocato, almeno una volta all'anno, su istanza del Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo, che provvederà a dare avviso della riunione nei tempi opportuni e coi mezzi ritenuti più idonei, secondo la propria discrezione.

L'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari potrà essere convocato altresì su istanza scritta di almeno 2/3 dei delegati, sempre che dalla richiesta emerga la specifica indicazione dei motivi che giustifichino la seduta.

art. 5 – Alle sedute dell'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari partecipano di diritto il Presidente ed i Consiglieri del Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo.

Il Presidente ed i consiglieri di amministrazione degli Istituti Riuniti di

Beneficenza di Corinaldo hanno diritto di parola e di voto.

Alle sedute partecipa altresì il Segretario degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo con funzioni amministrative, senza diritto di voto.

L'assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo o, in caso di suo impedimento, dal Consigliere anziano.

Il Presidente verifica la regolarità della convocazione e dirige lo svolgimento della seduta, concede la parola ai richiedenti, manifesta gli intendimenti dell'Ente, dichiara chiusa la riunione o ne dispone la sospensione in caso di accertata impossibilità di funzionamento.

art. 6 - L'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari, ove regolarmente convocato, si reputa validamente costituito indipendentemente dal numero dei partecipanti effettivi.

Gli aventi diritto individuati sulla base dell'art. 2 possono ottenere deleghe ulteriori, per iscritto come da modello allegato e nei limiti di due ciascuno.

Il Presidente ed i consiglieri di amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo non possono ricevere deleghe.

art. 7 - Le deliberazioni dell'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari sono adottate a maggioranza dei partecipanti, computati altresì i voti per delega nei limiti di cui all'articolo precedente.

In caso di parità prevale la proposta che ottiene il voto favorevole del Presidente del Consiglio di amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo.

art. 8 – Le deliberazioni dell'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari non sono vincolanti per il Consiglio di amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo né hanno efficacia diretta verso l'esterno.

art. 9 - Le modifiche del presente regolamento sono adottate dal Consiglio di Amministrazione degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Corinaldo.

Le variazioni non sono efficaci per le riunioni già convocate.

In tal caso le modifiche apportate spiegano efficacia per le sedute successive.

art. 10 – Per tutto quanto non direttamente disposto dal presente regolamento trovano applicazione le norme di legge.

Allegato sub A)
Regolamento Organismo di Rappresentanza
degli ospiti e dei familiari

Al Presidente
Istituti Riuniti di Beneficenza
60013 Corinaldo (AN)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di familiare dell'ospite
Sig./Sig.ra _____, ai sensi dell'Art. 6 -comma 2 del Regolamento per il funzionamento
dell'Organismo di Rappresentanza degli ospiti e dei familiari,

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____ familiare dell'ospite
Sig./Sig.ra _____ a rappresentarlo/a alla riunione del suddetto organismo prevista
per il giorno _____ alle ore, _____ trasferendogli/le , all'uopo , il proprio diritto di voto.

In fede,

_____ li

(firma) (1)

Note:

- (1) Qualora la firma non venga posta direttamente presso la segreteria degli I.I.R.R.B. allegare fotocopia documento di identità valido per legge.